

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N° 888

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Xavier PLANCHARD

né le 26 mai 1929 à CLERMONT FERRAND (Puy de Dôme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ASPECTS COLPOSCOPIQUES

(Etude statistique de 3 880 examens pratiqués à la

Maternité de l'Hôpital Saint Antoine)

Président : J. VARANGOT, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V.

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Xavier PLANCHARD

né le 26 mai 1929 à CLERMONT FERRAND (Puy de Dôme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le :

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ASPECTS COLPOSCOPIQUES

(Etude statistique de 3 880 examens pratiqués à la

Maternité de l'Hôpital Saint Antoine)

Président : J. VARANGOT, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152013_0040

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN LÉON BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOULKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales	Salpêtrière SIGARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
Cliniques médicales	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DEROT (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque GARCIN (R.)
	Foch (Suresnes) LACOMME (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE (J.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX (M.)
Clinique toxicologique	LEMAIRE (A.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	GAULTIER (M.)
Sémiologie médicale	PADOVANI (P.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	DOMART (A.)
Clinique urologique (Necker)	POILLEUX (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) COUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAGLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	GIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neurologie	LAPRESLE (J.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROSEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LœPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	{ BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	{ GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phthisiologie	{ KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-Père,
le Docteur E. PLANCHARD

- Professeur d'obstétrique à l'Ecole de
Médecine de Clermont Ferrand.

A Mes Parents,
et
A Ma Femme,

A Tous les Miens,
et
A Mes Amis.

A Monsieur le Professeur J. VARANGOT,

Professeur de clinique Obstétricale à la Faculté de
Médecine de Paris.

Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur M. MAYER,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux de Paris,

qui nous a accueilli dans son Service
comme externe, puis nous a fait l'honneur
de nous confier les fonctions d'Interne.

qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre vive reconnaissance et de notre
profond respect.

Au Docteur A. LIEVEAUX,

qui nous a initié à la colposcopie,

Ce travail est le fruit de son expérience,

Nous ne saurons assez l'en remercier .

Au Docteur X. CAMENEN

Au Docteur L. SPINER,

qui ont aimablement mis à notre disposition leur

compétence d'Anatcmopathologiste et de cytologiste.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur A. LEMAIRE,

Professeur de la Chaire de Clinique Thérapeutique
médicale.

Médecin des Hôpitaux de Paris.

qui nous accueilli dans son service et nous
a toujours manifesté la plus grande bienveillance.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer
notre reconnaissance et notre profonde ad-
miration.

A Monsieur le Professeur H. REDON,

Professeur de la Chaire de Clinique carcinologique
chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Qui nous a conseillé, aidé et encouragé
avec une sollicitude constante tout au long
de nos études médicales,

En témoignage de notre fidélité et de notre
affection reconnaissante et très respectueuse.

A Monsieur le Professeur J. GRASSET,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux de Paris.

En témoignage de sincère et respectueuse
reconnaissance pour son précieux enseignement.

A Monsieur le Docteur M. CHARTIER

A Monsieur le Docteur M. DUBOST

A Monsieur le Docteur Cl. BUGNARD

A Monsieur le Docteur J. COHEN.

En témoignage de notre reconnaissance pour leur
précieux conseils et la confiance amicale qu'ils
nous ont témoignés,

A nos Maîtres en Externat,

Monsieur le Docteur LEBEAU

Monsieur le Docteur LONGUET

Monsieur le Professeur Agrégé P. ABOULKER

Monsieur el Professeur SENEQUE

Monsieur le Professeur L. BINET

Monsieur le Professeur Ch. RICHET

Monsieur le Professeur J. BERNARD.

Monsieur le Docteur De GRACIANSKY

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

P L A N

Introduction

- I - Technique -
- II - Notions préliminaires -
- III - Les Patientes examinées
 - Circonstances et indications de la colposcopie
- IV - Aspects colposcopiques
 - classification
 - description
 - étude statistique
- V - Lésions bénignes
- VI - Cancers
- VII - La colposcopie dans le diagnostic des leucorrhées
- VIII - La colposcopie dans le diagnostic des métrorragies

Conclusions

I N T R O D U C T I O N

Depuis sa création en 1925 par HINSELMANN, la Colposcopie n'a pas connu, du moins en France, la diffusion qu'elle méritait.

Totalement méconnue pendant 25 ans, ce n'est qu'en 1950 qu'elle fût introduite dans notre pays par R. PALMER. . . Son implantation fût difficile, et c'est seulement après le Congrès d'Alger en 1952, puis le Symposium de Cytologie exfoliatrice de Bruxelles en 1957 qu'a été pris en considération chez nous cette technique d'exploration gynécologique. Actuellement, pratiquée par un nombre assez restreint de spécialistes la Colposcopie est encore ignorée ou délaissée par nombre de gynécologues. Certes son intérêt et ses incidences pratiques sont moins directs que ce qui a été obtenu par l'instauration et le développement de la Cytologie exfoliatrice qui s'est implantée et répandue dans les milieux gynécologiques du monde entier.

Pourquoi cette différence d'accueil à l'égard de deux méthodes dont le but est si voisin ?

D'abord et avant tout en raison de la facilité technique du prélèvement cytologique et de la sécurité de ses résultats : les difficultés ne sont pas ici pour le praticien, mais pour le cytologiste qui interprète les lames et l'on sait combien il convient d'être exigeant sur la compétence ...



.../

du cytologiste si l'on veut éviter de graves mécomptes. A l'inverse, pour l'examen colposcopique, c'est le clinicien lui-même qui, technicien et interprète doit avoir la formation nécessaire et les compétences indispensables : "on ne s'improvise pas colposcopiste".

Faisons au surplus une autre remarque en rappelant que la méthode de PAPANICOLAOU a été mise d'emblée à la portée de la compréhension des praticiens grâce à une classification qui porte son nom : expression simple et schématique des résultats cytologiques. Dans le domaine colposcopique, nous en sommes restés à de confus aspects descriptifs, souvent issus d'une traduction mot à mot de l'Allemand qui n'aboutit qu'à des conclusions trop souvent évasives.

Partant de ces constatations, il nous a paru intéressant pour faciliter la diffusion de la Colposcopie, de simplifier l'expression de ses résultats : c'est dans cet esprit que nous proposons une classification des aspects colposcopiques : nous basant sur l'étude et la comparaison avec les résultats des autres moyens d'exploration pour 3 880 examens colposcopiques pratiqués pendant une période de 5 ans (de 1957 à 1961 inclus) dans le service de notre Maître, le Professeur Agrégé M. MAYER (Maternité de l'Hôpital Saint Antoine, à PARIS), nous avons tenté d'établir une classification qui nous a permis de considérer l'apport de la colposcopie tant que le domaine du dépistage des cancers ou plutôt de la reconnaissance des cancers au début, que dans celui de l'examen gynécologique de routine.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN COLPOSCOPIQUE

I - MATERIEL

Nous avons utilisé :

- le colposcope B.B.T.Krauss : appareil français
 - grossissement x 10, à grand angle de champ
- pour la colpophotographie : le Kolpofot Exakta

II - INSTALLATION

La patiente est installée en position gynécologique sur table basculante permettant l'exploration correcte de la cavité vaginale dont l'axe a une orientation variable.

A droite de l'opérateur se trouve une table facilement accessible et sur laquelle est placé le matériel nécessaire à la colposcopie. Il n'est nul besoin d'une instrumentation spéciale. Par contre, il est important de disposer d'un choix de spéculums du type Collin de largeur et de longueur différentes, de préférence à surface dépolie.

A portée de la main, sera également situé le matériel nécessaire pour pratiquer des frottis vaginaux et prélèvements biopsiques.

III - TECHNIQUE D'EXAMEN

- quelques prélablas doivent être respectés :

- la colposcopie doit être pratiquées avant le T.V.
- la patiente devra s'abstenir de toute injection ou toilette vaginale avant l'examen.

- la mise en place du spéculum réclame beaucoup de précaution et de douceur pour éviter tout traumatisme.

Il importe de bien dégager la totalité du col faute de quoi la colposcopie perdrait toute sa valeur.

En fin d'examen, on n'oubliera pas d'explorer les culs de sac vaginaux et la muqueuse vaginale en retirant progressivement le spéculum.

- l'examen colposcopique comprend 3 temps

- 1) l'examen sans préparation avant et après nettoyage du col avec un coton sec.
- 2) l'examen après application sur le col d'acide acétique en solution à 3% qui fait ressortir les anomalies de la muqueuse. C'est la partie essentielle de l'examen.

Souvent les images n'apparaissent au bout d'une vingtaine ou trentaine de secondes et disparaissent au bout d'une minute ou deux. On se méfiera du fait que l'acide acétique tend à coaguler la glaire cervicale qui ainsi peut sembler purulente.

- 3) L'examen après application d'une solution de lugol fort ou test de Schiller.

Là aussi il faut attendre quelques secondes pour laisser le lugol se fixer sur l'épithélium malpighien normal et glisser sur les zones dépourvues de glycogènes. Il est essentiel de distinguer les zones iodonégatives vraies de zones dites iodo-faibles qui prennent un peu de lugol et dont la signification est souvent tout à fait différente.

- l'examen colposcopique proprement dit est complété

- de façon habituelle par le prélèvement de frottis cervico-vaginal (exo et endocol) qui est pratiqué immédiatement après l'introduction du spéculum, avant tout nettoyage ou application sur le col.
- Eventuellement par une ou plusieurs biopsies si la colposcopie a révélé une lésion suspecte.

IV - NOTATION DES RESULTATS.

Pour traduire les résultats de l'examen colposcopique on dispose de plusieurs moyens qu'il est bon d'ailleurs d'associer :

- 1/ le compte rendu descriptif
- 2/ la représentation graphique conventionnelle à l'aide d'un schéma.
- 3/ la colpophotographie.

Pour notre part :

Nous avons toujours attaché beaucoup d'importance à la description détaillée des aspects observés en précisant tour à tour tous les caractères de la lésion : topographie - dimension - teinte - relief, etc.....

Ces renseignements sont mentionnés d'une part sur une fiche individuelle qui sera classée dans un fichier colposcopique, d'autre part sur le dossier gynécologique qui accompagne la patiente et où sont portées toutes les indications relatives à son cas.

- La représentation graphique à l'aide d'un schéma est séduisante. Elle rend bien compte du siège de la lésion mais néglige ses caractères essentiels tel le relief. Aussi après l'avoir employée en 1957 nous l'avons délaissée au profit de la colpophotographie.

- C'est la méthode idéale. Son premier intérêt est d'ordre didactique : à ceux qui désirent s'initier à la colposcopie, les photographies de col montrent avec précision les principaux aspects physiologiques et pathologiques de la muqueuse cervico-vaginale, et permettent d'aborder une étude plus poussée de cette méthode d'exploration avec un "bagage" que les meilleures descriptions seraient incapables de leur donner.

La photographie constitue un document permanent qui permet l'interprétation simultanée par plusieurs observateurs et l'étude comparative avec les préparations cytologiques et histologiques, apportant ainsi une sécurité supplémentaire dans la discussion du diagnostic.

De plus, grâce à des clichés pris à intervalles réguliers on peut suivre l'évolution de la lésion de façon sûre et irréfutable.

Enfin et ceci ne nous paraît nullement négligeable. La colpophotographie constitue un document précieux à conserver qui pourrait être éventuellement utilisé pour une justification actuelle ou rétrospective d'une attitude thérapeutique. A cet égard, elle ne prétend nullement se substituer aux documents cytologiques et histologiques mais elle les complète. Nous avons ainsi réalisé dans le service près d'un millier de documents photographiques.

NOTIONS PRELIMINAIRES A L'ETUDE COLPOSCOPIQUE

Avant d'aborder l'étude colposcopique proprement dite il importe de rappeler quelques principes fondamentaux trop souvent méconnus ou oubliés.

I - Il est possible d'examiner la quasi totalité des femmes au colposcope

Les rares exceptions à cette règle (5 pour 1000 dans notre statistique) sont le fait

- soit d'atrésie vaginale intense, de diaphragmes vaginaux ou hymens serrés rendant impossible l'introduction du spéculum le plus petit.
- soit de cols difficiles à atteindre comme par exemple le col rétrosymphysaire de certaines rétroversions fixées ou le col postérieur de la femme enceinte près du terme avec présentation engagée ou plongeante.

Par ailleurs il convient de souligner 2 avantages importants de la colposcopie :

- c'est un examen indolore
- et sans danger

et à ce titre pouvant être répété à la demande.

II - Le colposcope ne permet d'explorer qu'une portion restreinte des voies génitales à savoir :

vulve, vagin, culs de sacs vaginaux, exocol, orifice externe du col et la portion initiale du canal cervical plus ou moins accessible suivant les cas. Il est donc évident qu'il existe une limite à son efficacité. Cet inconvénient réel nous semble cependant ne pas devoir être un écueil majeur dans la mesure même où l'on en a conscience.

Quiconque pratique une colposcopie doit toujours avoir à l'esprit que le colposcope ignore toute lésion située au-delà de son champ d'exploration et ne peut donc préjuger de ce qui échappe à son observation. C'est ainsi que l'expression "col sain" ou "col normal" souvent employée dans le langage colposcopique doit être interprétée en fonction des possibilités d'exploration de l'instrument et ne saurait donc affirmer l'intégrité de la partie de l'endocol qui n'est pas accessible à la vue.

III - Comme dans tout moyen d'exploration, il est bien banal de dire que la valeur de la colposcopie dépend en grande partie de celui qui la pratique.

Il est des causes d'erreur qu'il importe de bien connaître

1/ au 1^{er} chef, l'infection

qu'elle masque une lésion ou qu'elle en modifie l'aspect, des erreurs peuvent être commises. Il faut du reste remarquer que cet écueil n'est pas propre à la colposcopie mais que les mêmes difficultés se retrouvent en cas d'infection pour la lecture des frottis cervico-vaginaux et à un degré moindre pour celle des coupes histologiques. Mieux vaut alors surseoir à l'interprétation et refaire le ou les examens après quelques jours d'antibiotiques.

2/ Les caustiques et autres produits chimiques

dont l'utilisation n'est pas toujours avouée par la malade

.../

.../
peuvent aussi poser de sérieux problèmes. Citons par exemple les lésions dues à l'introduction dans le vagin de comprimés de permanganate de potassium. Surtout si on ne les voit que tardivement, lorsque les phénomènes inflammatoires se sont ajoutés à l'action caustique du produit; ou encore les énormes amas de desquamation dus à l'utilisation de négatol à trop forte concentration, etc....

3/ Ailleurs les lésions peuvent être créées de toute pièce par un traumatisme comme l'introduction trop brutale du spéculum. Ceci survient le plus souvent en cas d'atrophie (mais pas exclusivement). L'examen colposcopique peut être rendu difficile en raison de l'existence d'hémorragie sous épithéliale en nappe plus ou moins étendue, voire même d'une hémorragie abondante lorsque l'érosion traumatique a mis à nu le chorion.

Quelques jours d'oestrogénothérapie apportent une amélioration spectaculaire et permettent de procéder à un nouvel examen dans des conditions bien plus satisfaisantes.

IV- Enfin est-il besoin d'insister sur le fait que l'examen colposcopique doit être pratiqué en tenant compte du contexte clinique et des données fournies par les autres moyens d'exploration gynécologiques.

Comme nous le verrons c'est d'une confrontation générale des diverses sources d'information que l'on peut atteindre à la vérité avec un minimum d'erreur. En cas de doute c'est à l'examen histologique qu'il appartient de faire la décision.

LES PATIENTES EXAMINEES

CIRCONSTANCES ET INDICATIONS DE LA COLPOSCOPIE

Si, comme nous le pensons, la colposcopie doit faire partie intégrante de tout examen gynécologique complet, il conviendrait que toute femme qui vient consulter pour un trouble gynécologique quelconque fût examinée au colposcope.

Mieux, en vue du dépistage précoce du cancer on peut souhaiter soumettre à cet examen, de façon systématique et comme cela a déjà été pratiqué, une population féminine étendue qui serait suivie à intervalles réguliers en dehors même de toute symptomatologie fonctionnelle. Une telle attitude se heurte en pratique à des problèmes difficilement solubles.

Pour notre part, bien que désirant élargir au maximum les indications de la colposcopie, nous avons dû nous résoudre à opérer une sélection parmi les patientes qui viennent consulter dans le service où sont dispensées en moyenne par an :

6750 consultations gynécologiques
26600 consultations obstétricales

A - Nombre de consultations gynécologiques et obstétricales
d'examens colposcopiques et de frottis de dépistage

	1957	1958	1959	1960	1961	total de 1957 à 1961
Consultations de Gynécologie	5768	5736	6973	7924	7313	33 714
Consultations d'obstétrique	24125	26614	26796	28131	27378	133 044
Colposcopies	478	817	820	946	819	<u>3 880</u>
Frottis de dépistage	2875	2950	3758	4332	4100	18 015

B - Nombre de patientes examinées, consultant pour la 1^{ère} fois

Gynécologie	1319	1376	1672	1905	1762	8 034
Obstétrique	5031	4846	5083	4634	4102	23 696
Colposcopie						<u>2 547</u>

Au total, de 1957 à 1961 inclus, nous avons examiné au colposcope 2547 patientes et pratiqué ainsi 3880 colposcopies.

Parmi ces patientes :

- 1664 ont été examinées en dehors de la grossesse ce qui représente environ 20% des femmes venues à la consultation de gynécologie (1 femme sur 5)
- 883 ont été vues au cours de la grossesse ce qui représente environ 4% des femmes enceintes suivies dans le service.

CIRCONSTANCES ET INDICATIONS DE LA COLPOSCOPIE

I - Les troubles fonctionnels sont au 1^{er} plan

- 1/ Leucorrhée : qu'elle soit isolée ou accompagnée par une symptomalogie - souvent évoquée : prurit, sensation de brûlure,
- ou rarement avouée : dyspareunie
- 2/ Métrorragies : de caractères très variés
- 3/ Syndromes douloureux : soit algie pelvienne mal systématisée soit à type de dysménorrhée ou dyspareunie.

II - Les cols qui présentent une anomalie à l'examen clinique

Soit à l'oeil nu : zone rouge périorificielle
zone irrégulière blanchâtre
saignement provoqué par le porte coton

Soit au test de Schiller : col prenant mal le lugol sur une zone plus ou moins étendue.

Soit au T.V. : irrégularité de forme, de consistance
sang au doigtier
"col dit cicatriciel"

III - Les indications systématiques

- 1/ cytologie évocatrice de cancer (classes IV et V)
ou suspecte (classe III) surtout si elle persiste après traitement anti-infectieux ou oestrogénique en cas d'atrophie.
- 2/ Prolapsus génitaux
- car ils se voient surtout chez la femme âgée et le col y est particulièrement exposé

- qu'il s'agisse de colposcopie pratiquée
 - . avant intervention chirurgicale
 - . ou à titre de surveillance, surtout si la contention est assurée par pessaire.

3/ Examen pré-opératoire

Une hystérectomie subtotale ne doit jamais être décidée qu'après contrôle colposcopique et frottis cervico-vaginaux. Tout col dont l'intégrité est mise en doute doit conduire à élargir l'intervention et faire opter pour l'hystérectomie totale. Par ailleurs le colposcope, dans les cas de cancer du col, permet de préciser une atteinte éventuelle du dôme vaginal - qui sera confirmée par l'histologie - et ainsi de fixer l'importance de la collerette vaginale à enlever.

4/ Après intervention chirurgicale :

La surveillance cytocolposcopique s'impose dans tous les cas de col restant ou: après intervention pour cancer utérin afin de vérifier la bonne cicatrisation de la tranche vaginale et dépister d'éventuelles métastases ou récidives.

5/ Electrocoagulation du col

La colposcopie intervient avant, pour s'assurer

qu'il s'agit bien
et seulement d'un
ectropion

pendant, pour bien préciser
l'étendue et les
limites exactes
de la zone à cau-
thériser

après, pour surveiller l'
escarre et la
bonne cicatrisation.

IV - Chez la femme enceinte

1/ Leucorrhée (encore qu'elle soit souvent considérée comme "banale" au cours de la grossesse)
et surtout métrorragie doivent conduire à une exploration colposcopique

2/ Examen systématique

Depuis 1959 nous soumettons à une colposcopie systématique :

- toutes les femmes enceintes âgées de plus de 35 ans,
- les grandes multipares (5^{ème} pare et au-delà)

3/ - Suites de couche

- Nous voyons les cols traumatisés : l'expérience nous a montré qu'il était préférable, alors, de ne pratiquer la colposcopie que 15 jours ou 3 semaines après l'accouchement pour en retirer des renseignements vraiment "valables"
 - Nous revoyons les cols qui au cours de la grossesse avaient présenté la moindre anomalie.
-

A S P E C T S C O L P O S C O P I Q U E S

I - NECESSITE D'UNE CLASSIFICATION DES ASPECTS COLPOSCOPIQUES

Tout essai de classification des aspects colposcopiques doit tenir compte de leur signification histologique et se heurte alors à plusieurs difficultés :

- d'une part, il n'existe pas dans certains cas de correspondance exacte entre les images colposcopiques et leur nature histologique. Toute systématisation est dès lors illusoire.

- d'autre part, sur le plan purement histologique, la classification des atypies épithéliales est un problème complexe et non encore résolu. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les nombreux travaux qui lui ont été consacrés.

Citons ceux de HINSELMANN et MESTWERDT en Allemagne, WESPI, MULLER et GLATTHAAR en Suisse, MORICARD et DE BRUX en France.

- enfin sur le plan de l'histogénèse, qui a grandement bénéficié de l'apport de la colposcopie, il ne semble pas exister de frontière bien définie entre dysplasie bénigne et cancer, mais des stades intermédiaires dont on ignore actuellement le potentiel évolutif.

Il n'est pas dans notre intention de résoudre les problèmes histologiques ni d'aborder les questions d'histogénèse.

C'est pourquoi nous avons adopté une classification essentiellement "pratique" : c'est-à-dire répondant aux préoccupations du praticien tant dans le domaine du dépistage que dans celui de l'examen gynécologique de routine.

Sans méconnaître l'aspect un peu schématique et sans doute critiquable de cette classification, il nous est apparu qu'elle avait pour elle la simplicité et l'efficacité aussi bien pour la pratique quotidienne que pour tout travail d'ordre statistique.

Par analogie avec la classification cytologique de Papanicolaou, les aspects colposcopiques ont été répartis en 5 classes numérotées de 1 à 5 :

	Type de lésion	Signification	Aspects colposcopiques
Classe 1	Absence de lésion	Col et vagin sains	
Classe 2	Lésions bénignes reconnaissables comme telles au colposcope	lésions bénignes	Aspects évoquant immédiatement ou après désinfection une lésion bénigne
Classe 3	Lésions suspectes	"Atypies épithéliales" dont la nature exacte ne peut être précisée que par l'histologie	Zone de remaniement atypique : images anormales non caractéristiques de lésion bénigne ni de cancer
Classe 4	Lésions très suspectes	Cancer très probable	Aspects évoquant immédiatement un cancer
Classe 5	Lésions cancéreuses typiques	cancer évident	

Il nous faut préciser les caractères et la signification de chacune de ces classes.

La classe 1 - absence de lésion : répond aux col et vagin
"sains"

La classe 2 - lésions bénignes

Nous entendons par là toutes les lésions que le colposcope permet de reconnaître comme telles sans même l'appui des autres moyens d'exploration, avec un pourcentage d'erreur extrêmement faible :

lésions inflammatoires

dystrophies et tumeurs bénignes, etc...

classe 3 - lésions suspectes

Ces lésions témoignent de l'existence d'atypies épithéliales. La colposcopie permet toujours de les reconnaître :

"Toutes les atypies épithéliales ont une correspondance colposcopique lorsqu'elles sont dans le champ d'exploration"
J. BRET et F. COUPEZ.

Par contre, il est impossible de préciser leur nature exacte par le seul examen colposcopique qui ne montre ni aspect caractéristique de lésion bénigne - contrairement à la classe 2 - ni image immédiatement évocatrice d'un processus malin - à l'inverse des classes 4 et 5.

Le recours à la biopsie s'impose donc; et l'examen histologique systématique montre qu'au même aspect colposcopique peut correspondre tous les degrés d'atypie épithéliale - depuis la dysplasie régulière bénigne jusqu'au cancer intra épithélial. D'où le terme du "suspect" que nous employons pour qualifier les images colposcopiques de classe 3.

classe 4 - lésions très suspectes

classe 5 - lésions cancéreuses typiques

Ces 2 classes ont en commun l'existence de lésions dont les caractères colposcopiques évoquent immédiatement un cancer

Nous leur consacreront une étude détaillée (cf page 33)

- l'association de la totalité ou de la quasi totalité de ces caractères définit la classe 5 qui répond aux cancers évidents au colposcope.

- lorsqu'existe une partie seulement de ces éléments caractéristiques nous concluons à une classe 4 : cancers très probables au colposcope.

Commentaires et déductions

- les classes 1 et 2 qui, nous le verrons répondent à la majorité des cas - permettent de conclure à l'absence de malignité par le seul moyen de la colposcopie dont c'est là un avantage essentiel.

- les classes 3,4 et 5 doivent être appuyées par une biopsie, avec cependant une nuance importante.

- tantôt, l'examen histologique intervient pour confirmer un cancer déjà évoqué d'emblée à la colposcopie : c'est le cas des classes 4 et 5

- tantôt, il intervient pour faire la preuve du cancer ou au contraire l'éliminer et alors préciser le type de dysplasie, en présence d'une lésion que la colposcopie avait certes jugée suspecte (classe 3) mais sans présumer de sa nature.

En définitive, si la biopsie est toujours indispensable on voit que le "climat" dans lequel on la pratique n'est pas le même.

L'analogie de la classification colposcopique que nous proposons avec celle cytologique de Papanicolaou nous semble justifiée par un point commun aux deux méthodes d'exploration: Toutes deux sont tributaires de l'histologie.

Maos alors que la colposcopie localise parfaitement les lésions suspectes et permet ainsi d'obtenir un verdict histologique immédiat, l'utilisation isolée de la cytologie conduit à des biopsies aveugles et répétées ou d'ampleur exagérée.

C'est ainsi qu'une lésion classée 3 à la colposcopie trouve sa solution d'emblée par l'examen histologique qui en découle. Au contraire, un frottis III est une situation d'attente dont la fréquence diminue avec la science du cytologiste. Il doit être répété jusqu'à : clarification de la situation en classe II ou IV. L'idéal, en fait, est d'avoir recours à la colposcopie. Nous reverrons toute l'importance de cette notion au chapitre traitant des cancers.

En conclusion

Il serait vain d'opposer ces 2 méthodes qui sont essentiellement complémentaires.

Nous pensons que leur association qui est très souhaitable ne peut être que facilitée par l'emploi d'une classification similaire et comparable.

II - DESCRIPTION DES ASPECTS COLPOSCOPIQUES

Les différents aspects colposcopiques ont été souvent décrits et ont fait l'objet d'une iconographie abondante (cf (1).(8).(9))

Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons fait de larges emprunts à l'ouvrage de M. MAYER - A. LIEVEAUX.

L'aspect colposcopique sera envisagé après un bref rappel des notions d'histologie ou d'anatomie pathologique indispensables à une bonne compréhension.

I - ASPECTS NORMAUX

Le col sain

L'exocol est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié de type malpighien, chargé en glycogène.

L'endocol est revêtu d'un épithélium cylindrique glandulaire.

La fonction des deux muqueuses se fait au niveau de l'orifice cervical externe.

Ces muqueuses reposent sur un feutrage conjonctif parcouru par des capillaires.

Colposcopie : la muqueuse exocervicale est rose pâle à peu près uniformément et sa surface est lisse. Elle fixe le lugol de façon homogène, prenant ainsi une couleur brune.

L'orifice cervical est circulaire et étroit, mais il s'entrouvre vers le milieu du cycle, à la période d'ovulation et laisse alors passer une glaire claire et limpide qui deviendra épaisse, opalescente et moins abondante au cours du prémenstruum. En période d'ovulation on aperçoit le premier centimètre du canal cervical tapissé de sa muqueuse glandulaire à surface irrégulière, framboisée.

Cet aspect strictement normal est plus théorique que réel, on ne le rencontre guère que chez de rares nullipares.

- Chez la multipare, il est tout à fait exceptionnel : à la suite des accouchements l'orifice externe devient linéaire et transversal ou de forme beaucoup plus irrégulière, délimitant ainsi deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure et deux commissures latérales.

La jonction des muqueuses malpighiennes et glandulaire se fait alors en un lieu extrêmement variable.

- à la ménopause l'aspect du col change. Petit et pâle, il subit progressivement l'atrophie qui va gagner en quelques années tout le tractus génital.

- le col de la femme enceinte prend, dès les premiers mois de la grossesse un aspect particulier dont la couleur est l'élément le plus frappant: c'est le col "lilas". Le colposcope montre les composantes de cet aspect gravidique: oedème qui rend glauque l'épithélium : hypervascularisation fine et diffuse.

Parfois s'y associent des bosselures bleuâtres plus ou moins volumineuses dues à des varices.

Le vagin sain

Le vagin est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié en continuité avec le revêtement de l'exocol.

Colposcopie : L'aspect de la muqueuse vaginale est comparable à celle de l'exocol avec quelques nuances : surface moins lisse, parfois plissée, teinte rosée un peu foncée... Elle fixe le lugol de façon moins homogène. Il faut remarquer que les variations cycliques de l'épithélium vaginal, bien mises en évidence par l'étude des frottis fonctionnels, n'ont pratiquement pas de traduction sur le plan colposcopique.

2 - LESIONS BENIGNES

(Reconnaissables comme telles au colposcope)

L'ectopie et l'ectropion

Anatomie - Pathologie : Ectopie et ectropion ont pour caractère commun d'être constitués par de la muqueuse cylindrique mais, :

- L'ectropion est une éversion de la muqueuse endocervicale qui fait hernie à l'orifice externe du col, et qui peut recouvrir une certaine surface de l'exocol.

- L'ectopie est constituée par la présence sur l'exocol au milieu de l'épithélium malpighien d'une plage aberrante d'épithélium cylindrique. Cette lésion peut être d'origine congénitale (hétérotypie), ou être acquise (soit par ulcération de la muqueuse exocervicale et ouverture à ce niveau de glandes endocervicales, soit par épidermisation incomplète d'un ectropion).

Dans les deux cas il est habituel que la muqueuse ectopique s'infecte au contact du milieu septique vaginal.

Parfois s'y associent des bosselures bleuâtres plus ou moins volumineuses dues à des varices.

Le vagin sain

Le vagin est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié en continuité avec le revêtement de l'exocol.

Colposcopie : L'aspect de la muqueuse vaginale est comparable à celle de l'exocol avec quelques nuances : surface moins lisse, parfois plissée, teinte rosée un peu foncée... Elle fixe le lugol de façon moins homogène. Il faut remarquer que les variations cycliques de l'épithélium vaginal, bien mises en évidence par l'étude des frottis fonctionnels, n'ont pratiquement pas de traduction sur le plan colposcopique.

2 - LESIONS BENIGNES

(Reconnaissables comme telles au colposcope)

L'ectopie et l'ectropion

Anatomie - Pathologie : Ectopie et ectropion ont pour caractère commun d'être constitués par de la muqueuse cylindrique mais, :

- l'ectropion est une éversion de la muqueuse endocervicale qui fait hernie à l'orifice externe du col, et qui peut recouvrir une certaine surface de l'exocol.

- L'ectopie est constituée par la présence sur l'exocol au milieu de l'épithélium malpighien d'une plage aberrante d'épithélium cylindrique. Cette lésion peut être d'origine congénitale (hétérotypie), ou être acquise (soit par ulcération de la muqueuse exocervicale et ouverture à ce niveau de glandes endocervicales, soit par épidermisation incomplète d'un ectropion).

Dans les deux cas il est habituel que la muqueuse ectopique s'infecte au contact du milieu septique vaginal.

Colposcopie : Il s'agit là d'anomalies cervicales extrêmement fréquentes et très aisément reconnaissables : la muqueuse cylindrique se présente sous l'aspect de nappes (ectopie) ou d'amas plus ou moins polypoïdes (ectropion) de minuscules grains arrondis ou ovulaires dont la forme impose la comparaison avec des grains de raisin tassés les uns contre les autres, ou avec la surface d'une framboise, leur couleur étant d'un rose un peu plus soutenu que celui de la muqueuse malpighienne.

La muqueuse ectopique suit le rythme sécrétoire de l'endocol. L'infection est très fréquente et lorsqu'elle est intense, c'est parfois derrière un véritable rideau muco-purulent qu'il faut rechercher l'ectopie.

Après application de lugol, l'épithélium glandulaire, de couleur à peine modifiée, tranche sur le brun sombre de l'épithélium malpighien voisin, La limite entre les deux muqueuses est habituellement déchiquetée, irrégulière.

Le Remaniement Normal

Anatomie - Pathologie : c'est un processus général qui aboutit à la transformation épidermoïde d'un épithélium cylindrique (métaplasie). Ce processus essentiel est à la base de toute la pathologie cervicale (voir plus loin les anomalies du remaniement).

Dans l'éventualité la plus favorable et heureusement la plus fréquente, l'épithélium malpighien va peu à peu reprendre la place de l'épithélium ectopique.

Colposcopie : On voit apparaître, partant de la muqueuse normale située à la périphérie de l'entopie, des travées fragiles et pâles d'épithélium malpighien qui tendent à recouvrir la muqueuse glandulaire, laissant persister entre elles pendant un temps variable des îlots d'ectopie : c'est la zone de remaniement jeune.

Le test de Schiller montre parfois des zones iodo-négatives transitoires au niveau des travées néoformées. Elles ne tardent généralement pas à disparaître, la muqueuse se rechargeant en glycogène.

Plus tard, l'épithélium de remaniement reprend dans son ensemble les caractères de l'épithélium malpighien normal, mais pendant très longtemps persistent çà et là de minuscules pertuis d'où s'écoule parfois une gouttelette de mucus (ce sont des orifices glandulaires)

Et souvent apparaissent des zones bombées, arrondies, à sommet jaunâtre prenant mal le lugol, appelées kystes de Naboth : ces kystes sont constitués par la sécrétion d'éléments glandulaires persistants sous un épithélium malpighien formant couvercle; en incisant ce couvercle, on voit sortir un mucus trouble sous pression. Parfois enfin, seule une certaine hypervascularisation à vaisseaux fins apporte la preuve de la continuation du processus de remaniement. C'est la zone de remaniement ancienne.

Les tumeurs bénignes

- les polypes du col

anatomie - pathologie : la structure histologique d'un polype muqueux est très voisine de celle d'un ectropion : même aspect d'épithélium glandulaire plus ou moins hyperplasique, même infection très fréquente, mêmes phénomènes de métaplasie, chorion presque identique. Mais le polype possède un pédicule conjonctif et vasculaire plus ou moins épais.

- le polype adénomateux est défini par la prédominance des éléments glandulaires.

- le polype fibreux est un myome pédiculé accouché par le col.

Colposcopie : Les polypes muqueux semblent n'être qu'une accentuation des saillies polypoïdes que présentent certains ectropions. Leur pédicule est plus ou moins mince, le point d'implantation se situe entre l'orifice cervical et les parties hautes du canal cervical. Ils ont soit une surface en grains de raisin exactement semblables à celles des ectopies, soit une surface lisse fait d'épithélium malpighien métaplasique. Ces polypes peuvent être étranglés par l'orifice cervical et présenter alors une nécrose d'aspect inquiétant. Bien que la dégénérescence maligne soit très rare, il est bon d'enlever tout polype et de confier la pièce à l'anatomo-pathologiste. Cette réserve faite il est logique de classer les polypes du col dans les tumeurs bénignes (classe 2).

- Les papillomes

anatomie - pathologie : Au point de vue histologique il s'agit de formations tumorales végétantes constituées par une hyperplasie importante de l'épithélium malpighien, portant essentiellement sur la couche de Malpighi (hyperacanthose) avec tendance kératinisante, accompagnant un bourgeonnement excessif en surface du chorion, le tout faisant saillie au-dessus du plan de la muqueuse.

Colposcopie : Ces tumeurs bénignes ont des caractères bien particuliers : souvent multiples, elles sont saillantes, leur surface est muriforme, ferme et saigne rarement au contact. On ne peut guère les confondre quand on en a vu une fois, avec le bourgeonnement des cancers avancés.

L'Atrophie

C'est l'aspect que prend la muqueuse cervico-vaginale dans les hypo-oestrogénies marquées et durables, telles qu'on les voit après ménopause ou castration.

Anatomie - Pathologie : L'épithélium est aminci par disparition progressive des couches superficielles. Il finit par se réduire à une ou deux rangées de cellules basales. La sclérose du chorion est souvent notable.

Colposcopie : On peut trouver tous les degrés d'atrophie - c'est parfois l'aspect simplement pâle de la muqueuse vulvo-cervico-vaginale.

- A un degré de plus on voit sous la muqueuse cervicale des taches rouges soit punctiformes, soit étoilées, soit en nappes plus ou moins étendues qui sont constituées par des hémorragies sous épithéliales.

- Au maximum enfin, la muqueuse se rompt dès la pose du spéculum et les érosions traumatiques ainsi constituées laissent à nu le chorion qui saigne abondamment, à tel point que tout examen colposcopique peut devenir impossible sans oestrogénothérapie préalable.

Quant à l'orifice cervical, il se resserre, tend à devenir punctiforme, et s'obture même parfois complètement.

En général une muqueuse atrophique fixe peu et irrégulièrement le lugol; néanmoins ce n'est pas un critère d'atrophie.

L'Érosion Traumatique

Anatomie-Pathologie : C'est une ulcération, l'épithélium malpighien ayant disparu laissant à nu le chorion.

Colposcopie : Dans une région quelconque du col ou des parois vaginales apparaît une zone rouge qui saigne parfois, et qui est limitée par un épithélium d'aspect normal mais dont les bords sont repliés et enroulés sur eux-mêmes.

En rabattant cette muqueuse avec le bout de la pince on parvient quelquefois à recouvrir la zone rouge qui est constituée tout simplement par le chorion.

Cette lésion est souvent due à la pose trop brutale du spéculum. Elle est particulièrement fréquente quand la muqueuse est atrophique.

Les Hémorragies sous-épithéliales

- L'atrophie

nous l'avons vu, est une cause particulièrement importante de ces diffusions hémorragiques. Le contexte clinique et l'aspect diffus des lésions rend le plus souvent l'étiologie évidente : la cytologie confirme le diagnostic (prédominance de cellules profondes et basophiles)

-- Les Traumatismes du col

peuvent également provoquer des hémorragies sous épithéliales. C'est habituellement la pose trop brutale du spéculum qui en est la cause. Et l'incident se produit surtout lorsqu'il existe un début d'atrophie. Il s'agit d'épanchements sanguins qui soulèvent un épithélium par ailleurs normal, dans la zone de contact avec le spéculum traumatisant.

- Les Kystes de Naboth

peuvent, dans certaines conditions, avoir un contenu hémorragique. Il est parfois difficile de distinguer au colposcope ces hémorragies intra-kystiques d'une endométriose du col.

-- L'endométriose cervico-vaginale

pour l'histologiste, c'est la présence d'îlots de muqueuse de type endométrial avec son chorion cytogène sous l'épithélium cervico-vaginal.

L'utilisation du colposcope montre que cette localisation de l'endométriose, considérée comme rarissime, est en fait moins rare qu'on ne l'a dit.

L'aspect classique des kystes goudrons visibles

.../

.../

à l'oeil nu est bien connu; ces lésions sont parfois si petites que seul le colposcope en décèle la présence.

D'autres fois, il s'agit de points ou de trainées rouges, ou lie de vin qui soulèvent un épithélium par ailleurs normal. C'est la biopsie qui affirmera le diagnostic, mais dans la plupart des cas le colposcope aura permis de la soupçonner et d'éliminer toute lésion douteuse.

L'Infection

(lésions infectieuses et infectées).

Elle se traduit dans l'ensemble, au colposcope, par un certain nombre de signes faciles à reconnaître : sécrétions purulentes hyperhémie diffuse des muqueuses avec parfois hypervascularisation à vaisseaux plus ou moins volumineux d'où saignement facile au contact. Mais l'infection, suivant son siège et sa nature, a des aspects particuliers :

- L'endocervicite

C'est l'infection des glandes de l'endocol.

Elle est très rare : c'est du moins ce qu'apprend la colposcopie, contrairement aux notions classiques. A l'oeil nu, il est en effet bien difficile de savoir si la glaire cervicale est claire et limpide ou au contraire louche si, comme c'est le cas le plus fréquent, elle est recouverte de sécrétions vaginales plus ou moins infectées, ou de sécrétions muco-purulentes d'un ectropion.

Le colposcope permet, après nettoyage soigneux du col, de voir la glaire cervicale "in situ" non modifiée par des éléments extérieurs.

L'endocervicité se présente ainsi comme une coulée muco-purulente grise ou verdâtre, opaque, qui colle à l'intérieur même du canal cervical où se trouve son origine.

Cette infection est à distinguer des écoulements purulents d'origine plus haute dans l'appareil génital (pyométrie, etc...) qui sont bien différents : écoulement de pus assez liquide ou grumeleux apparaissant de façon discontinue ou saccadée comme du sang de règles, ne se mêlant pas à la glaire cervicale qui, après écouvillonnage de l'orifice du col, reste claire.

- Les Ectopies, ectropions, zones de remaniement jeunes

sont très souvent infectés. Ces lésions, lorsqu'elles sont recouvertes par le pus qu'elles sécrètent, peuvent être difficiles à reconnaître, d'autant plus qu'elles ont tendance à saigner au contact du coton. Comme nous l'avons déjà dit, mieux vaut alors revoir après un court traitement désinfectant, plutôt que de faire d'emblée des frottis dont l'interprétation sera rendue difficile du fait de l'infection, ou une biopsie aveugle qui elle-même donnera un résultat aléatoire.

- Les Polypes infectés

leur aspect inquiétant disparaît également après traitement anti-infectieux. Par sécurité, on les confiera à l'anatomo-pathologiste.

- Les vaginites mycosiques

à Candida montrent, outre l'œdème de la vulve et son aspect desséché, des sécrétions vulvo-vaginales en amas caséeux blancs collant aux parois vaginales, où le microscope trouvera aisément les

.../

.../

filaments et spores caractéristiques : le prélèvement même dans les formes peu intenses, est ainsi facilité puisqu'il est pratiqué au bon endroit. L'examen de la muqueuse cervico-vaginale ne montre qu'une discrète hyperhémie. Le lugol se répartit de façon irrégulière sur l'épithélium fragilisé qui tend à se décoller, sans qu'il existe de zones iodo-négatives vraies.

La vaginite à trichomonas

crée des lésions épithéliales qui, examinées au colposcope, sont absolument caractéristiques : décrites sous le nom de colpité, elles se présentent sous la forme d'un fin pointillé rouge sur fond rose, plus ou moins diffus, mais de répartition très régulière dans les régions atteintes. Il s'y ajoute, dans les formes très aiguës de vaginite à trichomonas, des zones d'un blanc grisâtre, arrondies et bombées, lenticulaires.

Ces lésions sont parfaitement objectivées par l'application de lugol : l'aspect rencontré est alors celui d'un pointillé blanc iodo-négatif, plus ou moins diffus que la muqueuse du col et du vagin, avec parfois de plus grosses taches blanches arrondies (qu'on peut distinguer à l'oeil nu) répondant aux zones bombées dont nous avons parlé.

Lorsque la vaginite est ancienne, il arrive que le col soit presque entièrement iodo-négatif, par confluence des éléments sus-décrits, et il faut alors chercher soigneusement une région de la muqueuse encore chargée en glycogène pour y découvrir le pointillé blanc caractéristique.

Enfin, dans les formes très intenses de Trichomonas et surtout pendant la grossesse, il arrive que la muqueuse des culs-de-sacs-vaginaux soit couverte d'innombrables saillies rouges hémisphériques réalisant la vaginite granuleuse des anciens auteurs. Cet aspect absolument pathognomonique est à bien connaître car il risque, pour un oeil non expérimenté, de faire envisager à tort des hypothèses alarmantes, d'autant plus d'ailleurs que dans ces cas il n'est pas rare de rencontrer dans le vagin des sécrétions rosées, voire même franchement sanguinolentes.

3 - LESIONS SUSPECTES

Ce qui caractérise de telles lésions, c'est, nous l'avons vu, l'absence de correspondance entre leurs aspects colposcopiques et leur nature histologique réelle.

Anatomie - pathologie : On peut observer tous les degrés des atypies épithéliales, depuis la dysplasie régulière bénigne jusqu'au cancer.

Colposcopie : elle montre en général une zone de remaniement, identifiable par la persistance d'orifices glandulaires ou de kystes de Naboth.

Point essentiel : cette zone de remaniement est atypique comme en témoigne l'existence d'images anormales - traduction visuelle de l'état dysplasique.

Parfois il est difficile de reconnaître la zone de remaniement mais les images anormales sont toujours présentes.

Il est habituel de les classer sous 2 rubriques :

1° les zones blanches

(iido-négatives à contours nets)

zones iido-négatives à contours (ZIN à CN) sont

.../

constituées par de l'épithélium malpighien dépourvu de glycogène, qui ne fixe donc pas le lugol après le test de Schiller.

La jonction avec l'épithélium normal auquel le lugol donne une teinte brun foncé, se fait selon une ligne nette, comme tracée au couteau. En elle-même la iodo-négativité ne signifie qu'une chose : absence de glycogène, donc épithélium anormal. C'est dire l'importance qu'il faut attacher à l'examen histologique systématique.

Il peut arriver que certaines ZIN à CN n'aient pas de traduction colposcopique à l'examen sans préparation. Le test à l'acide acétique n'avait pas montré de plage blanche mais seulement une muqueuse d'aspect dépoli ou un peu opaque, au niveau de la zone dépourvue de glycogène.

Mais, en général, la colposcopie avait mis en évidence une zone blanche quelquefois même avant l'utilisation de l'acide acétique. Suivant les caractères de ces lésions et de leur vascularisation on peut distinguer :

- des zones blanches simples : leur blancheur est plus ou moins nette (elle va du blanc brillant à un blanc jaunâtre, chamois)
- des leucoplasies : il s'agit de zones d'un blanc nacré paraissant enchassées dans la muqueuse périphérique ou posées sur elle, on en notera toujours les irrégularités de surface et l'épaisseur.
- des pointillés rouges sur fond blanc ou "bases" : La disposition des points rouges est régulière. Les points sont de taille variable, mais souvent très petits, parfois même à la limite de la visibilité colposcopique.
- des mosaïques : constituées par un carrelage d'éléments blanchâtres plus ou moins régulièrement losangiques ceinturés par un fin lacis vasculaire rouge.

Il est fréquent de rencontrer plusieurs types de ces lésions juxtaposées sur un col pathologique.

2/ Les Zones Rouges

Si à l'oeil nu la majorité des lésions cervicales se présentaient comme des zones rouges (ectopie, zones de remaniement inflammatoires, atrophie, etc....) il en va tout différemment au colposcope les zones rouges (habituellement rouge sombre) sont assez rares et toujours suspectes, surtout lorsqu'elles sont associées aux lésions décrites ci-dessus. Le test de Schiller n'apportant souvent rien à leur exploration.

Tantôt ces lésions ont l'apparence d'érosions, l'épithélium normal ayant disparu sur une certaine surface; mais le tissu rouge, plus ou moins suintant, auquel il laisse place, n'a pas les caractères aisément reconnaissables du chorion dans une érosion traumatique. Tantôt il s'agit d'hyperhémie intense du revêtement cervical, à surface soit plane, soit plus ou moins bourgeonnante, où il n'est pas possible de retrouver les caractéristiques d'un épithélium malpighien normal ou d'une lésion bénigne connue. La découverte de telles zones rouges, nous l'avons dit, doit rendre prudent. Mais il est sage, avant la biopsie, de faire un court traitement désinfectant : ainsi au bout de quelques jours, on a parfois la surprise de se trouver en face du plus banal ectropion.

4 - LESIONS TRES SUSPECTES

5 - LESIONS CANCEREUSES TYPIQUES

Elles ont, à des degrés variables (cf P.18) un point commun qui permet de les réunir sous la même rubrique :

ASPECT EVOQUANT IMMEDIATEMENT UN CANCER

Il convient de rappeler une fois de plus que de tels aspects n'autorisent pas à se passer de l'examen histologique, indispensable pour confirmer le diagnostic.

Colposcopie :

I/ - Dans les lésions décrites ci-dessus

certaines éléments évoquent une atteinte grave de l'épithélium;

- 1 - le relief des lésions, c'est-à-dire l'augmentation localisée de l'épaisseur de la muqueuse pathologique ses bords surplombant nettement l'épithélium sain.
- 2 - Les irrégularités de surface : leucoplasie verruqueuse, mosaïque à joints rentrants, etc
- 3 - l'anarchie vasculaire avec apparition soit d'une multitude de vaisseaux fins et coudés dans tous sens, soit de gros vaisseaux irrégulièrement dilatés.
- 4 - l'association de lésions multiples donnant une impression d'anarchie épithéliale.
- 5 - le saignement au contact (après désinfection des lésions) traduisant la fragilité de l'épithélium pathologique.

II/ - Des lésions particulières

qu'on rencontre presque exclusivement dans les épithéliomas.

- 1 - des zones de nécrose une substance amorphe grisâtre recouvrant un tissu rouge sombre sanieux.
- 2 - des bourgeons rouges qui déforment la surface du col et prennent parfois un aspect encéphaloïde.
- 3 - des saillies hémisphériques ou plus souvent entiers de sphère, blanchâtres, régulièrement disposées, dont le sommet est marqué par un point rouge ou un capillaire plus ou moins tire-bouchonné

III/ - La Friabilité

qui se voit souvent plus qu'elle ne se sent,

.../

.../
lorsqu'on observe au colposcope la pince à biopsie qui se referme sur le fragment choisi, ou le stylet dont la pointe qui appuie sur une zone suspecte pénètre profondément et sans effort jusqu'à un plan plus résistant.

1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002

Colposcopies pratiquées au cours de la grossesse

	Nombre de cas	Pourcentage
Femmes enceintes examinées au colposcope	883	
Primipare	140	15,8
Grande multipare	225	25,5
Age de la grossesse 1 ^{er} trimestre	257	29
2 ^{ème} trimestre	352	40
3 ^{ème} trimestre	274	31

Indications de la colposcopie

Examen systématique (grandes multipares et primipares âgées)	456	51
Leucorrhée	234	27
Métrorragie	182	21

Aspects colposcopiques

"col sain"	138	16
Ectropion	448	51,2
Remaniement normal	196	22,4
ZIN CN sans particularité	31	3,5
Polypes	60	6,9
Papillomes	16	1,82
Vaginite à trichomonas	158	18
Vaginite mycosique	31	3,54
Endocervicite	5	0,57
Lésions suspectes	26	3
Lésions évoquant immédiatement un cancer	2	0,23

LESIONS BENIGNES

Parmi les patientes que nous avons examinées au colposcope, 2083 étaient porteuses de lésions bénignes.

Aspects colposcopiques

- 1) Dans 1923 cas, il existait des lésions bénignes reconnaissables comme telles au colposcope (classe 2)

Si l'on y ajoute les 360 cas de "col sain" (classe 1) qui représentent dans notre statistique 1 col sur 7, c'est donc 2 283 cas où par le seul moyen du colposcope, il a été possible d'affirmer l'absence de toute lésion maligne dans le champ d'exploration.

Cette éventualité a été rencontrée chez 90 % de nos patientes. Ce pourcentage est d'autant plus remarquable qu'il concerne comme nous l'avons souligné, des femmes déjà "sélectionnées" grâce à l'examen clinique et dans certains cas, par un examen cytologique préalable.

Si toutes les consultantes de gynécologie et d'obstétrique avaient été soumises à un examen colposcopique systématique, le pourcentage de classe I et II aurait encore été supérieur. Cette possibilité du colposcope en fait un instrument particulièrement précieux pour le praticien qui peut ainsi obtenir à son cabinet et immédiatement une assurance qu'aucun autre moyen ne pourrait lui fournir.

2) dans 84 cas : l'aspect colposcopique n'évoquait pas d'emblée une lésion bénigne.

Il existait des images suspectes (classe III) :

zone blanche IN à CN, zone rouge persistant après désinfection traduisant une anomalie du processus de remaniement.

Si la colposcopie n'a pas permis de conclure directement, elle a néanmoins conduit au diagnostic de lésion bénigne grâce à la biopsie en bonne place qui s'imposait en raison des anomalies observées.

3) 76 cas méritent une étude particulière

Il s'agissait de ZIN à CN tantôt situées en bordure d'un ectropion, tantôt isolées et sans autre particularité colposcopique. Il n'existait, en effet, avant l'application du lugol, aucune image suspecte et en particulier pas de zone blanche et pas d'épaississement de la muqueuse. Tout au plus le test à l'acide acétique avait montré l'aspect un peuterne, dépoli de la muqueuse au niveau de la zone dépourvue de glycogène.

Il est classique de considérer comme suspecte toute zone IN à CN et de les soumettre à un examen anato-pathologique. Nous avons longtemps adopté cette attitude. L'examen histologique a toujours révélé une lésion bénigne dans les cas particuliers décrits ci-dessus.

Fort de cette expérience nous avons renoncé à faire une biopsie systématique en présence de tels aspects. Nous pratiquons néanmoins des frottis et soumettons à un examen histologique les seuls cas (exceptionnels) où la cytologie est suspecte. En raison de l'avenir incertain de ces ZINIEN nous préférons les détruire par diathermo-électrocoagulation.

L'apport de la colposcopie

Si plus de 90 % des lésions bénignes sont reconnaissables comme telles au colposcope, il importe d'évaluer l'apport réel de la colposcopie pour chaque type de lésion dont nous avons donné la fréquence dans notre étude statistique. (cf. pages 36 et 37).

I - Ectopies et Ectropion - zones de remaniement normal

Examen clinique : Il est absolument impossible de les identifier à l'oeil nu.

L'image observée est tout à fait imprécise comme en témoignent les termes employés pour la décrire :

"zone rouge périvorificielle, aspect "d'exocervicite". On ne peut conclure à un ectropion car sous des aspects similaires ou voisins se cachent d'authentiques cancers.

Examen cytologique : Dans nombre de cas où la colposcopie avait mis en évidence un ectropion ou une zone de remaniement normal (classe 2) il n'a pas été fait d'examen cytologique.

On trouve cependant 19 cas de frottis classe III et 5 cas de frottis classe IV (il s'agissait de faux positifs).

- Lorsque l'aspect colposcopique était suspect (classe 3) l'examen cytologique était systématique et a révélé:

11 cas de frottis classe III

8 cas de frottis classe IV

Au total, on a donc trouvé 13 cas de frottis IV. Ces "faux positifs" étaient dûs en grande part à l'infection des lésions comme le prouve le fait qu'un traitement anti-infectieux a normalisé la plupart de ces frottis.

Colposcopie

- l'ectropion a un aspect colposcopique pathognomonique (cf page 22) qui ne peut échapper même au néophyte.
- la zone de remaniement a des aspects variables suivant son âge. Pour affirmer son caractère "normal" une certaine expérience colposcopique est nécessaire.
- la destruction de ces lésions par diathermo-coagulation est effectuée de façon précise sous contrôle colposcopique.

II - Polypes muqueux

- On peut faire à leur sujet les mêmes remarques que pour les ectropions.
- sur le plan thérapeutique, l'exérèse de ces polypes est grandement facilitée par la colposcopie.

III - Endocervicite

L'examen clinique pêche ici par excès.

L'expérience colposcopique nous a appris qu'une telle infection était relativement rare.

IV - Vaginite à Trichomonas

Données cliniques

- Plusieurs arguments militent en sa faveur :
 - le cortège fonctionnel : leucorrhée, prurit, dyspareunie
 - l'accentuation post menstruelle des pertes
 - à l'examen : l'aspect congestif de la muqueuse pulvo-vaginale

et surtout l'aspect de la leucorrhée dans les formes typiques (liquide, grisâtre, spumeuse) qui est à elle seule très évocatrice de trichomonase.

L'examen au microscope

des sécrétions vaginales à l'état frais affirme le diagnostic. Mais le trichomonas peut ne pas être trouvé; c'est le cas lorsque l'examen a lieu vers le milieu du cycle ou après une injection vaginale, ou au cours de traitement.

On ne saurait donc rejeter le diagnostic de trichomonas lorsqu'on ne retrouve pas le parasite à l'examen microscopique.

C'est dans ces cas que la colposcopie prend toute sa valeur.

Colposcopie : Elle montre

- l'aspect classique de "colpите"
- et surtout après lugol, un pointillé blanc absolument caractéristique (cf page 31)
- Sa disparition est pour nous le plus sûr critère de guérison.

V - Vaginite mycosique

Le diagnostic repose sur :

- les éléments cliniques
 - l'aspect cailleboté des pertes
 - les brûlures qui les accompagnent
- et surtout la mise en évidence au microscope des éléments mycéliens caractéristiques, au besoin après culture sur milieu de Sabouraud.

La colposcopie n'apporte ici que peu de renseignements supplémentaires.

VI - L'atrophie

Elle a suivant son intensité une expression colposcopique variable mais bien caractéristique.

L'étude des frottis fonctionnels en donne une image plus fidèle et en fixe exactement le degré.

Signalons que dans certains cas -rares il est vrai- nous avons pu observer une discordance entre l'aspect colposcopique et le résultat des frottis fonctionnels.

Ces deux méthodes sont complémentaires et permettent de juger de la réponse de la muqueuse à l'œstrogénothérapie.

Par ailleurs l'expérience nous a montré que l'atrophie était une cause d'erreur dans le domain des frottis de dépistage. Nous avons relevé 11 cas de frottis (III) et 3 cas de frottis (IV)

Les frottis se sont normalisés après une courte épreuve thérapeutique.

VII - L'endométriose cervico-vaginale

Elle est rarement diagnostiquée, à l'oeil nu en dehors des lésions importantes du cul de sac postérieur, au niveau de la cloison recto-vaginale.

Seule la colposcopie peut mettre en évidence les petits ilots d'endométriose qui apparaissent comme une tache bleutée invisible à l'oeil nu.

C'est ainsi que notre statistique fait état de 18 cas d'endométriose cervico-vaginale dont 16 ont reçu une confirmation histologique.

En résumé :

La colposcopie a permis de conclure d'emblée au diagnostic de lésion bénigne dans 90 % des cas.

En cas de doute, la pratique des frottis offre une garantie supplémentaire et l'examen histologique une certitude. Cependant, il serait vain de nier la complexité de certains cas qui ont trait aux dysplasies cervicales.

La confrontation cyto-colposcopique amène à répéter les examens et plusieurs biopsies peuvent être nécessaires avant d'arriver à une conclusion.

L'examen histologique, en effet, peut être d'interprétation difficile notamment au cours de la grossesse et donner lieu à discussion. Il est alors intéressant d'avoir l'avis de plusieurs anatomopathologistes.

Ces faits illustrent bien la complexité du problème des atypies épithéliales. Tous les stades entre la dysplasie épithéliale bénigne et le cancer intra épithélial peuvent être observées et l'on ignore tout du potentiel évolutif de certaines lésions cervicales.

Dans ces conditions, on conçoit la décision étant lourde de conséquences, qu'on s'entoure du maximum de garanties avant de conclure à l'absence de lésion maligne quand il existe la moindre discordance entre cytologie et colposcopie.

C A N C E R S

Notre étude colposcopique porte sur 92 Cas de cancers

Parmi les patientes atteintes de cancer :

- 88 ont été vues en dehors de la grossesse (soit 5,3% des patientes de gynécologie examinées au colposcope)
- 45 (environ 50%) étaient ménopausées.
- 2 ont subi un 2^{ème} examen colposcopique qui a montré une récurrence vaginale après hystérectomie élargie pour cancer du col.

Enfin 2 cancers ont été découverts au cours de la grossesse.

I - REPARTITION TOPOGRAPHIQUE ET HISTOLOGIQUE

Cancers du vagin : 7 cas

tous secondaires :

- à un cancer du col : 4.
- à un cancer de l'endomètre ; 2
- à un fibrosarcome : 1

Cancers du col : 80 cas

Epithélioma intraépithélial : 15 (18,75 %)

Epithélioma malpighien invasif : 62 (77,5 %)

Adéno-carcinome : 3 (3,75 %)

Cancers du corps utérin : 5 cas

Adénocarcinome endométrial : 4

Adéno-acanthome : 1

II - CIRCONSTANCES DE L'EXAMEN COLPOSCOPIQUE

Ce sont par ordre de fréquence :

	<u>Nombre de cas</u>
- Métrorragies	54
- Leucorrhée isolée	13
- Leucorrhée + métrorragie	9
- Cytologie suspecte ou évocatrice de cancer	8
- Examen systématique de col restant	5
- Surveillance post-opératoire	4
- Examen systématique pré-opératoire	3

On peut constater la nette prédominance des métrorragies qui ont amené à consulter plus de 68 % des femmes atteintes de cancer. Mais il faut surtout souligner la fréquence des leucorrhées isolées qui interviennent dans près de 15 % des cas.

III - ASPECTS COLPOSCOPIQUES

A - CANCERS DU COL (80 cas)

Les renseignements fournis par la colposcopie permettent de les classer en 3 groupes :

1.- Dans 60 cas, la colposcopie a montré des lésions évoquant immédiatement un cancer.

Nous avons décrit précédemment (cf page 34) l'aspect de telles lésions en soulignant les caractères les plus évocateurs de malignité.

- l'association de la totalité ou de la quasi totalité de ces caractères définit la classe 5 qui répond aux cancers évidents au colposcope, et a été rencontrée dans 48 cas de nos cancers du col.

- 12 autres cas ont fait l'objet d'une classe 4 (cancers très probables au colposcope) en raison de l'existence d'une partie seulement de ces éléments caractéristiques
- comme le tableau suivant le montre :

Référence	Fev	Gui	Lef	Lep	Mor	Pat	Rem	San	Sim	Sme	Ste	Vie	Total
Zone blanche leucoplasie ou zone Leucoplasiforme Base Mosaïque	+	+			+	+	+	+		+		+	8
	+	+		+		+		+			+	+	7
	+		+			+							3
Eleveure blanchâtre centrée par un point rouge											+		2
Zone rouge	+		+	+	+		+						5
Bourgeon									+				1
Relief des lésions	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	12
Irrégularité de surface				+	+					+	+	+	5
Anarchie vasculaire			+						+			+	3
Zone de nécrose									+				1
Saignement au contact	+							+	+	+			4
Friabilité	+	+			+	+			+		+		6

Ce tableau qui résume les caractères colposcopiques des 12 cas de cancer du col (classe 4) appelle quelques commentaires :

- l'association de lésions multiples est rencontrée dans 9 cas
- le relief des lésions est constant. C'est le signe colposcopique essentiel du cancer
- l'anarchie vasculaire est observée dans 3 cas. A lui seul c'est un signe très évocateur de malignité.
- le saignement au contact n'est absolument pas pathognomonique sa valeur est fonction du contexte lésionnel.

2.- Dans 14 cas, la colposcopie a mis en évidence des lésions suspectes.

répondant à la classe 3

Il s'agissait essentiellement de "zones blanches" : leucoplasie, base, mosaïques isolées ou associées à des "zones rouges" persistant après un court traitement anti-infectieux. Ces lésions -bien que suspectes en elles-mêmes- n'avaient pas de caractères colposcopiques permettant d'évoquer immédiatement un cancer. (Cependant la notion de relief est encore ici importante - si parfois elle n'a pas frappé d'emblée au premier examen, on la retrouve toujours à posteriori).

Un cas- tout à fait inhabituel- mérite une mention spéciale :

Un 1^{er} examen colposcopique avait montré une zone de remaniement un peu atypique avec ébauche de mosaïque -aspect certes suspect mais pas particulièrement inquiétant. Une biopsie a été faite et huit jours après, lors d'un 2^{ème} examen colposcopique, on a eu la surprise d'être en présence d'une lésion très évocatrice de cancer (classe 5). Cette observation illustre l'aspect mouvant d'un examen à l'autre qu'on rencontre parfois dans les cancers.

Nous retrouverons cette même particularité en étudiant le col de la femme enceinte.

En définitive : Dans ces 74 cas de cancers du col, c'est l'examen histologique qui a confirmé ou fait la preuve du cancer. Il est intéressant de comparer type histologique et données colposcopiques.

			<u>COLPOSCOPIE</u>		
			Classe 5	Classe 4	Classe 3
<u>Nombre de cas</u>			48	I2	I4
<u>Histologie</u>	Epithélioma intraépithélial	11		2	8
	Epithélioma malpighien invasif	60	46	8	6
	Adénocarcinome	3	2	1	

3.- 6 cas méritent une étude particulière

Ils concernent des cancers de l'endocol qui peuvent être répartis sur le plan colposcopique en 2 catégories :

a/ Dans 3 cas le cancer était inaccessible à l'exploration colposcopique et l'exocol était sain ou porteur de lésion bénigne.

(ectropion - atrophie - érosion traumatique)

Il s'agissait de 3 cancers intra épithéliaux situés au niveau de l'endocol et dont le diagnostic a été fait.

- une fois par examen histologique de pièce opératoire après hystérectomie pour prolapsus et frottis V chez une femme de 72 ans.
- 2 fois par curetage systématique de l'endocol pour frottis III et V

b/ Dans 3 cas le cancer était inaccessible mais il existait à la colposcopie des signes indirects suspects méritant une classe 3.

Il s'agissait de lésions de l'exocol : ZINCN, leucoplasie plongeant dans l'endocol. Ces lésions dysplasiques "de voisinage" ont une valeur certaine sur laquelle nous reviendrons. En outre, une endocervicite a été observée dans un cas à vrai dire complexe puisqu'au cancer endocervical s'ajoutait une tuberculose de l'endomètre chez une jeune femme de 35 ans.

B - CANCERS DU VAGIN (7 cas)

Nous avons observé :

- 1) dans 6 cas, des lésions évoquant d'emblée un cancer
 - tantôt de façon évidente (classe 5) : 4 cas
 - tantôt avec une très forte suspicion (classe 4) : 2
- 2) dans 1 cas, l'aspect colposcopique était suspect
sans signe évocateur de malignité (classe 3)

Il s'agissait d'une tumeur indurée du cul de sac postérieur avec petite zone de nécrose.

Frottis III

Biopsie : métastase d'un fibrosarcome

Les principaux caractères de ces 7 cancers du vagin
sont résumés dans le tableau suivant :

Réf	Age	Circonstances de l'examen	Examen cli- nique(oeil nu - TV)	Frottis	Colpos	Anatomie pathologique
JOU	56	Surveillance post-opéra- toire	Erosion sai- gnant au contact	IV	5	Récidive vagin d'Epi.Malp. du col
KER	46	Leucorrhées fétide + sang	Ulcération cancéreuse typique	IV	5	Extension vul- vo-vaginale d'Ep.Malp. du col
LEC	54	Métrorragies	bourgeon ulcéré très susp.	III	5	Métastase va- ginale d'un adénocarcino- me du corps
SET	55	Surveillance post-opéra- toire	Vagin sain	II	5	récidive vagi- nale d'un adé- nocarcinome du corps
GUI	43	Surveillance post-opéra- toire	Vagin sain	II	4	Récidive vagi- nale d'Epi. Malp. du col
MUL	50	Surveillance post-opéra- toire	Vagin sain	III	4	Récidive vagi- nale d'Epi. Malp. du col
LEG	25	Algie pelvienne	Tumeur du cul de sac posté- rieur	III	3	Métastase vaginale d'un fibrosarcome

C- CANCERS DU CORPS (5 cas)

La colposcopie nous a montré :

- 2 fois un col sain
- 3 fois des lésions cervicales d'aspect bénin
(ectropion, remaniement normal)
- 3 fois du sang venant de la cavité

Ces constatations nous ont conduit à pratiquer des examens complémentaires (hystéroggraphie - biopsie d'endomètre ou curettage biopsique) qui ont révélé le siège endométrial du cancer.

IV - Ainsi l'APPORT DE LA COLPOSCOPIE dépend essentiellement du siège du cancer.

A - CANCER DU VAGIN ET DE L'EXOCOL (81 cas)

La colposcopie prend ici toute sa valeur.

Nous sommes dans le champ d'exploration de l'instrument et l'on peut affirmer - compte tenu d'un examen minutieux par un oeil exercé - qu'aucune lésion maligne ne peut lui échapper - notre statistique en fait foi.

Elle porte sur 81 cas de cancers.

- 66 ont fait l'objet d'une classification colposcopique 4 (14 cas), ou 5 (52) cas)

Ainsi l'aspect observé évoquait immédiatement un cancer dans plus de 80 % des cas.

- 15 avaient une traduction colposcopique suspecte (classe 3)

Le fait important est qu'en définitive tous ces cancers avaient une expression colposcopique - au minimum une lésion suspecte qui a conduit au verdict histologique grâce au prélèvement biopsique en bonne place.

Ceci explique l'absence de "faux négatif" et justifie une fois de plus l'aphorisme selon lequel "toutes les atypies épithéliales ont une correspondance colposcopique lorsqu'elles sont dans le champ d'exploration".

Il est intéressant de chiffrer l'apport réel de la colposcopie en confrontant les données colposcopiques avec d'une part les renseignements fournis par l'examen clinique et d'autre part les résultats de l'étude des frottis.

Données cliniques

Les renseignements fournis par l'examen clinique (examen à l'oeil nu et TV) permettant de classer les cancers en 3 groupes.

1/ dans 18 cas, il existait des lésions cancéreuses typiques, répondant aux descriptions classiques : gros bourgeon ulcéré et friable, ulcération à fond sanieux et végétant etc...

Il est bien évident que la colposcopie apporte ici peu de choses. Est-ce à dire qu'elle est inutile; nous ne le pensons pas:

- elle nous a montré des lésions malignes évidentes (classe 5) remarquables par leur diversité et leur intensité : véritable "musée colposcopique" dont l'observation offre un intérêt didactique certain.

- par ailleurs, elle met très souvent en évidence des lésions beaucoup plus étendues, que celles observées à l'oeil nu, ou des lésions aberrantes, évoquant une extension du processus malin ou une métastase. Confirmation en sera donnée par l'histologie. Ainsi la colposcopie est le seul moyen actuel de fixer les limites de l'extension vaginale, donc d'indiquer au chirurgien la largeur de la collerette vaginale à enlever afin de "passer en tissu sain".

2/ dans 37 cas, l'examen clinique à révêlé une anomalie cervicale ou vaginale que l'on peut qualifier de suspecte.

zone irrégulière blanchâtre à l'oeil nu,
col prenant mal le lugol sur une zone plus ou moins étendue

zone rouge mal systématisée saignant au contact.

Il faut remarquer que de telles lésions sont souvent rencontrées à l'examen à l'oeil nu. Il s'agit presque toujours, l'expérience le montre, de lésions bénignes souvent infectées.

Dans le cas présent si nous avons qualifié de suspectes ces anomalies, c'est surtout en raison du contexte clinique et de l'existence de frottis III, IV ou V. On peut estimer dans ces conditions qu'on aurait été amené à pratiquer une biopsie même en l'absence de colposcopie.

Cependant la colposcopie est ici particulièrement intéressante, elle a montré :

- dans 32 cas : des lésions évoquant immédiatement un cancer :

Classe 5 : 28 cas

Classe 4 : 4 cas

- dans 5 cas : une lésion suspecte (classe 3)

Par ailleurs elle a toujours permis de faire la biopsie à l'endroit le plus favorable; d'où gain de temps considérable et combien précieux dans ces circonstances.

3/ dans 26 cas, le clinicien avait conclu à l'existence de col et vagin "sains" ou de lésions d'apparence bénigne "aspect d'exocervicite", atrophie....

L'apport de la colposcopie est ici essentiel.

Elle a montré des lésions : Classe 5 : 6 cas

Classe 4 : 10 cas

Classe 3 : 10 cas

c'est donc 26 cancers à porter au crédit de la colposcopie
(dont 16 cancers intra-épithéliaux)

16 fois l'aspect évoquait immédiatement une lésion maligne.

Ces chiffres se passent de commentaires si ce n'est pour souligner une fois de plus l'insuffisance de l'examen à l'œil nu - en défaut dans 32% des cas.

			COLPOSCOPIE		
			Classe 5	Classe 4	Classe 3
Nombre de cas			52	14	15
Examen CLINIQUE (à l'œil nu)	Lésion cancéreuse typique	18	18		
	Lésion suspecte	37	28	4	5
	Lésion d'apparence bénigne, col et vagin sains	26	6	10	10

Tableau comparatif des aspects colposcopique et des renseignements fournis par l'examen clinique dans 81 cas de cancers du vagin ou de l'exocol.

Données cytologiques

Les frottis cervico-vaginaux se répartissent ainsi :

Classe IV/V : 60 cas

Classe III : 18 cas

Classe II : 3 cas

Il faut remarquer que nous avons toujours tenu compte de la classe la plus élevée lorsque, comme c'est l'habitude, plusieurs frottis successifs ont été pratiqués.

Ainsi les 60 cas de classe IV et V ont souvent été précédés de frottis suspects classe III.

C'est un des avantages de la cytologie de pouvoir être répétée en présence de frottis suspects jusqu'à clarification de la situation. Mais l'inconvénient déjà évoqué de cette méthode est l'impossibilité de localiser le cancer.

Le recours à la colposcopie est ici particulièrement précieux.

- dans 18 cas, les frottis sont restés de classe III
- dans 3 cas, ils n'ont pas dépassé la classe II

Il s'agit donc bien de "faux négatifs" qui appellent quelques commentaires:

- le 1^{er} cas concerne un cancer cliniquement "évident" :
gros bourgeon rouge et friable saignant au contact,
induration sous jacente.
- colposcopie : classe 5
- histologie : adénocancer du col

Cette observation illustre bien la difficulté de diagnostic cytologique des cancers glandulaires.

- les 2 autres cas concernent une récurrence vaginale d'un adénocancer endométrial et d'un épithélioma malpighien du col. A l'oeil nu le moignon vaginal était apparemment sain mais la colposcopie faite systématiquement en vue d'une surveillance post-opératoire a révélé des lésions de classes respectivement 5 et 4.

A la lumière de ces 2 seules observations, nous ne nous permettrons pas de conclure que la colposcopie offre de meilleures garanties que la cytologie dans le dépistage de
.../

.../

récidive vaginale après intervention pour cancers utérins.

La sécurité est dans l'association des 2 méthodes.

			COLPOSCOPIE		
			Classe 5	Classe 4	Classe 3
Nombre de cas			52	14	15
CYTOLOGIE (Frottis cervico- vaginaux)	Classes IV et V	60	42	9	9
	Classe III	18	8	4	6
	Classe II	3	2	I	

Tableau comparatif des aspects colposcopiques et des données cytologiques dans 81 cas de cancer du vagin et cancer de l'exocol.

B - CANCERS DE L'ENDOCOL

L'endocol en grande partie ou dans sa totalité échappe à l'exploration colposcopique. C'est là une notion qui doit toujours être présente à l'esprit, si l'on veut éviter de graves méprises.

Cependant, il est vrai que le cancer, purement endocervical n'est pas accessible à la vue, il existe parfois des signes indirects ou de voisinage qui doivent donner l'alarme :

1/ La constatation d'une glaire cervicale sillonnée de filets de sang ou d'une glaire purulente témoin d'une endocervicite.

2/ l'absence de toute lésion exocervicale ou vaginale suspecte alors que les frottis sont suspects ou évocateurs de cancer.

3/ enfin et surtout, la fonction exo-endocol -zone critique par excellence - peut ne pas être visible. C'est le cas lorsque l'épithélium malpighien plonge dans l'endocol sans qu'on puisse distinguer les limites de ce prolongement ni préjuger de sa nature exacte. A plus forte raison lorsque cet épithélium est dysplasique dans la région péri-orificielle, les plus grandes réserves doivent être faites.

Un tel aspect mérite une classe 3 et impose des frottis endocervicaux ainsi qu'un grattage ou curettage, biopsique du canal cervical.

C - CANCERS DU CORPS

Il est bien évident que le dépistage de tel cancer n'incombe pas au colposcope.

V - EN CONCLUSION de cette étude colposcopique de 92 cancers, une vérité première se dégage :

Lorsque le cancer siège dans le champ d'exploration (cancer du vagin et cancer de l'exocol), la colposcopie conduit toujours au diagnostic qui est évoqué immédiatement dans la plupart des cas (80 % des cas dans notre statistique. Son atout majeur est de localiser exactement la lésion maligne ou suspecte de malignité et de permettre ainsi un verdict histologique grâce à une biopsie en bonne place.

La cytologie n'offre pas cette garantie. Par contre,

.../

elle offre une vue panoramique bien plus étendue sur l'état de la muqueuse génitale. L'existence de "faux négatif" doit inciter à une confrontation des 2 méthodes d'exploration. Quant à l'examen à l'oeil nu, il est absolument insuffisant (en défaut dans 32% des cas d'après notre statistique)

Par contre lorsque le cancer ne siège plus dans le champ d'exploration (cancer purement endocervical et à fortiori cancer du corps), il serait vain d'attendre de la colposcopie des renseignements de valeur formelle.

Les signes indirects que nous avons décrits ne sauraient être que des éléments d'orientation.

L'apport de la colposcopie est donc sinon nulle du moins accessoire. En toute logique il ne saurait en être autrement et vouloir parler ici d'écueil de la colposcopie nous semble en méconnaître ses principes fondamentaux.

Le danger est d'attendre de la colposcopie plus qu'elle ne peut apporter.

LA COLPOSCOPIE DANS LE DIAGNOSTIC DES LEUCORRHEES

Notre statistique porte sur 1 014 cas de leucorrhées

I.- 780 patientes ont été examinées en dehors de la grossesse

Une publication récente de M. MAYER et A. LIEVEAUX (7) fait état de 500 cas de leucorrhées. Nos conclusions rejoignent en tout point celles de ces auteurs. Il faut du reste souligner que 348 cas sont communs aux 2 statistiques (ils concernent des patientes examinées à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine)

A - La principale cause de leucorrhée est l'ectopie cervicale infectée.

(sous le terme d'"ectopie", nous avons groupé non seulement les ectopies cervicales proprement dites mais aussi les ectropions et les zones de remaniement infectées)

- c'est ainsi que l'ectopie est trouvée comme unique cause de leucorrhée dans 342 cas soit environ 45% du total.

La leucorrhées n'avait pas de caractère bien particulier :

c'était tantôt un pus épais abondant verdâtre, tantôt une sécrétion presque incolore lorsqu'on la prélève à la source, mais qui tache le linge en jaune.

La malade se plaignait parfois, surtout lorsqu'il s'agissait d'un gros ectropion très infecté, d'irritation vulvaire, mais jamais nous n'avons noté de vrai prurit vulvaire (sauf lorsqu'une vaginite à trichomonas s'y associait) ni de franches brûlures ano-vulvaires et vaginales comme dans les mycoses. Notons encore la relative fréquence des métrorragies provoquées par les rapports sexuels ou le T.V.

L'abondance de la leucorrhée et son caractère gênant pour la malade n'étaient pas toujours proportionnels à l'importance de la lésion cervicale; c'est ainsi que de gros ectropions peuvent sécréter relativement peu, alors que zones de remaniement assez anciennes et de surfaces réduites, pratiquement invisibles à l'oeil nu, donnent parfois d'importantes leucorrhées.

Nous avons depuis longtemps renoncé à faire un examen cytot bactériologique systématique des sécrétions; l'ectopie elle-même en tant que cause de leucorrhée importe plus que la nature des germes susceptibles de l'infecter. Sur le plan thérapeutique, seule la diathermo-coagulation cervicale accompagnée ou non d'un traitement antibiotique "de sécurité" donne une guérison rapide et définitive de la leucorrhée.

Mais l'ectopie n'est pas toujours la cause unique d'une leucorrhée. Seule ou associée à d'autres causes (trichomonase surtout, mais aussi polypes cervicaux, etc...) elle intervient dans 62% des cas environ.

B - La deuxième grande cause est la vaginite à trichomonas

Elle a constitué l'unique cause de leucorrhée dans 175 cas soit 22,5 % du total.

Outre l'aspect classique de la leucorrhée, certains signes nous ont paru très évocateurs de trichomonase; nous les avons presque toujours retrouvés à l'interrogatoire :

- La dyspareunie : c'est elle qui amène souvent la malade à consulter, bien qu'elle ne soit pas toujours avouée au premier examen.
- Le prurit vulvaire : il s'agit d'un prurit souvent douloureux.
- le maximum des pertes survenant à la fin des règles et pendant la période post-menstruelle.
- l'association parfois aux pertes dites "blanches" de pertes rosées d'apparition spontanée. Confirmation en est donnée à l'examen par la coloration rose bonbon du coton qu'on applique sur les parois vaginales ou dans les culs de sac.

La colposcopie montre la muqueuse congestive, parsemée d'une multitude de points rouges; mais l'aspect le plus caractéristique apparaît après application de lugol : on observe alors un pointillé blanc qu'on ne peut reconnaître qu'au colposcope en raison de l'extrême finesse des éléments. Dans les formes intenses, les points confluent en certains endroits et forment des taches iodo-négatives, visibles à l'oeil nu.

- naturellement le plus sûr moyen de diagnostic reste la découverte sur lame, au microscope, du parasite dans les sécrétions vaginales. Mais on peut très bien ne pas le trouver à certaines périodes du cycle (vers le 13 - 16^{ème} jour en particulier) alors qu'il existe une authentique vaginite à trichomonas, comme on a la preuve en refaisant l'examen dans la période immédiatement post-menstruelle: c'est dans ces conditions que le pointillé blanc après lugol prend toute sa valeur. Sa disparition est le meilleur critère de guérison.

C - Trichomonase vaginale et ectopie cervicale s'associent très souvent

Nous les avons trouvées associées dans 12% des cas de leucorrhée.

Tout se passe comme si les 2 affections se favorisaient mutuellement. Et nous avons pu guérir plusieurs vaginites à trichomonas après destruction de l'ectopie associée, alors que les malades avaient suivi auparavant, sans aucun succès, de nombreux traitements anti-trichomonas.

D - Les autres causes

Elles ont représenté seulement 20 % de nos cas de leucorrhée.

	Nombre de cas	Pourcentage
Polype endocervical	35	4,5
Vaginite mycosique	32	4,1
cancers génitaux	22	2,8
endocervicite	22	2,8
Hypersecrétion des glandes endocervicales (hyperoestrogénie)	15	1,9
Vaginite atrophique	12	1,8
Tuberculose de l'endomètre	2	
Leucorrhée due à un caustique (nitrate d'argent)	1	

Parmi ces causes diverses, la part qui revient aux cancers est importante.

En effet, l'examen colposcopique a permis de découvrir une lésion maligne, dans 22 cas de leucorrhée :

- dans 13 cas, la leucorrhée était isolée
- dans 9 cas, elle était associée à des métrorragies sous forme de "pertes rosées"
- enfin, 4 cas d'endocervicite se sont révélés symptomatiques de cancers,

Il faut souligner que 6 épithélioma intra épithéliaux ont pu ainsi être dépistés.

Ces faits justifient à eux seuls la nécessité de l'examen colposcopique systématique en présence d'une leucorrhée.

II.- 234 femmes enceintes ont été examinées au colposcope
pour leucorrhée

Il faut remarquer que nous n'avons pas tenu compte ici des cas de leucorrhée découverts à l'examen colposcopique systématique (chez les grandes multipares et primipares âgées)

Ces réserves étant faites, nous avons trouvé à l'origine de ces leucorrhées gravidiques les deux causes majeures déjà rencontrées à propos des leucorrhées en dehors de la grossesse, à savoir l'ectopie cervicale et la vaginite à trichomonas quelques points particuliers ont retenu notre attention :

1/ Il existe très souvent en début de grossesse une hyperdesquamation "quasi physiologique" des couches superficielles de la muqueuse vaginale qui se traduit par une leucorrhée épaisse, parfois grumeleuse.

2/ Les ectropions sont volontiers hyperplasiques, polypoides et souvent infectés responsables alors de leucorrhée et parfois de métrorragies pouvant être abondantes.

3/ Les vaginites à trichomonas peuvent revêtir une forme particulièrement intense connue sous le nom de vaginite granulueuse que nous avons précédemment décrite. La grossesse donne un "coup de fouet" aux trichomonases jusque là modérées ou latentes.

4/ Les vaginites mycosiques sont plus fréquentes et remarquables par leur caractère rebelle, tenace.

Les échecs à la Mycostatine que nous avons observés sont presque toujours le fait de mycoses gravidiques.

5/ L'association de plusieurs causes est fréquente :
vaginite à trichomonas et ectropion ou trichomonase et mycose.

LA COLPOSCOPIE DANS LE DIAGNOSTIC DES METRORRAGIES

Notre étude colposcopique porte sur 502 cas de métrorragies (nous employons ici le terme de métrorragies dans le sens plus général d'hémorragie génitale en dehors des règles)

I - Métrorragies en dehors de la grossesse

320 patientes ont été examinées en dehors de la grossesse. La colposcopie intervient schématiquement en 2 étapes :

1/ diagnostic topographique

Elle permet de localiser l'origine du saignement.

a) dans 181 cas l'origine était haute : bien que la source de l'hémorragie échappait à la vue, la colposcopie nous a permis d'affirmer son origine sus-cervicale en montrant une "coulée hémorragique" à travers la glaire cervicale. C'est un signe essentiel que l'on peut retrouver parfois même après la période hémorragique. Il persiste en effet souvent un mince filet de sang invisible à l'oeil nu dans la glaire cervicale.

b) dans 139 cas l'origine était cervicale ou vaginale : et la source de l'hémorragie ne put être visualisée directement au colposcope.

- Il nous est arrivé parfois, en cas d'hémorragie particulièrement bondante, d'être "aveuglé" par un flot de sang et de ne pouvoir conclure au 1^{er} examen.

Grâce à un traitement antibiotique intensif, hémostatique et éventuellement méchage, nous avons pu habituellement faire une nouvelle colposcopie quelques jours après dans de bien meilleures conditions.

2/ Diagnostic étiologique

Les hémorragies d'origine haute ne sont pas du ressort de la colposcopie.

Nous ne retiendrons ici que les hémorragies d'origine cervicale ou vaginale.

a) Une lésion maligne a été trouvée dans 55 cas

Cette forte proportion de cancer représente 17,2% de l'ensemble des métrorragies. Nous leur consacrerons une étude détaillée.

b) La cause la plus fréquente d'hémorragie génitale est représentée par les lésions bénignes, l'infection y joue un rôle prédominant.

Nous avons trouvé cette cause dans 84 cas.

- Au 1^{er} plan venaient les ectopies, ectropions et zones de remaniement infectées; il s'agissait rarement d'hémorragies abondantes. C'étaient habituellement des métrorragies modérées parfois même simple "tache" de sang au sein d'une leucorrhée épaisse, abondante, jaune ou verdâtre. Leur caractère majeur était d'être provoquées par les rapports sexuels, les injections, ce qui les apparente aux hémorragies des cancers du col. Le seul traitement efficace est l'antibiothérapie puis la diathermo-coagulation.

- les polypes muqueux de l'endocol : nous ont fourni 11 cas de métrorragie qui ont disparu après polypectomie.

- les endocervicites sont rarement en cause et l'expérience nous a montré qu'elles étaient alors symptomatiques d'une autre lésion : cancer (3 cas) tuberculose (2 cas) ou polypes muqueux.

- les vaginites à trichomonas : nous les avons rencontré dans 13 cas, responsables de pertes rosées d'apparition spontanée et objectivées par le coton qu'on applique sur les parois vaginales.

c) Une cause particulière est représentée par l'atrophie

Nous avons observé des hémorragies importantes lorsqu'à l'atrophie s'ajoutait une érosion traumatique mettant à nu le chorion.

En l'absence d'érosion, les hémorragies que nous avons constatées n'étaient pas en rapport avec la vaginite atrophique mais le fait de la métrite "sénile" ou d'une oestrogénothérapie intempestive.

II - Métrorragies au cours de la grossesse

182 femmes enceintes ont été examinées au colposcope pour métrorragies.

Nous avons éliminé, au départ, les hémorragies de cause évidente, comme c'est le cas habituellement dans les avortements, ce qui ne dispense pas d'un examen soigneux au spéculum.

Diagnostic topographique

L'intérêt de la colposcopie est ici essentiel

- en montrant l'origine haute, on évoque d'emblée une métrorragie obstétricale.
- en objectivant l'origine cervico-vaginale on évoque une cause gynécologique.

On a pu éviter bien des mises au repos injustifiées, bien que des dosages hormonaux inutiles et nombre de sources d'inquiétude en éliminant par exemple, une "menace" de fausse-couche ou la possibilité d'un placenta praevia.

Identification des lésions cervico-vaginales (77 cas)

La colposcopie a mis en évidence :

- cancers du col : 2 cas

- ectropions : c'est la cause majeure au cours de la grossesse, ils ont un aspect polypoïde, hypervascularisé. L'infection est habituelle.

- vaginites à trichomonas : 18 cas souvent hypertrophiques et associées à un ectropion

- "déciduose" du col. Il s'agit d'une cause particulière à la femme enceinte que nous avons rencontrée 7 fois.

L'aspect colposcopique est variable

- faux polype
- zone blanche iodo-négative
- zone rouge foncée, violacée ou grisâtre

Le critère histologique est la présence de cellules déciduales groupées en amas

C O N C L U S I O N

I - Notre étude colposcopique fait état de 3 880 examens pratiqués à La Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine de 1957 à 1961 inclus.

Elle contribue à établir l'intérêt de cette exploration dans deux domaines :

- les aspects colposcopiques du col suspect de néoplasie
- les aspects colposcopiques du col dans l'exploration gynécologique de routine.

II - Du point de vue de la contribution des examens colposcopiques dans la reconnaissance des cancers cervicaux un certain nombre de points peut être souligné :

- a) Tous les épithéliomas du col et du vagin ont une expression colposcopique à l'exclusion des cancers strictement et profondément endocervicaux ; le nombre de ceux-ci se limite à 3 cas sur 87 cancers appartenant à notre statistique.
- b) Même lorsqu'il s'agit de cancers au début ayant une localisation cervicale profonde et que la lésion maligne échappe à la vision éclairée et élargie, il est fréquent de constater par colposcopie des lésions de voisinage intéressant

.../

.../

la partie initiale du canal cervical ainsi que la zone péri-orificielle; altérations qui doivent attirer l'attention et conduire aux explorations ultérieures en particulier la cytologie qualitative.

- c) La colposcopie apporte une contribution particulière dans l'analyse des lésions de l'exocervix, classiquement considérées comme traduisant un début de carcinome de cet organe; ce sont en particulier les modifications qualifiées de leucoplasie, de base et de mosaïque. L'expérience indique que les particularités colposcopiques les plus importantes conduisant à une forte présomption de cancer sont les suivantes :

- relief des lésions (constant)
- anarchie vasculaire
- friabilité (aussi visible que tactile)
- saignement au contact.

- d) En ce qui concerne les cancers évidents la colposcopie permet de juger des limites de l'extension en surface, compte tenu de l'infection surajoutée et des phénomènes d'hypervascularisation qui s'y rattachent. C'est là un point important pour la conduite thérapeutique et l'appréciation du pronostic.

- e) La colposcopie constitue un corrolaire pratique indissociable de l'exploration et de l'étude cytologique desquamative; elle contribue à réduire la marge, certes très faible, des erreurs négatives ou positives qui sont attachées à ce précieux moyen d'exploration.

III - L'examen gynécologique de routine

- a) la colposcopie est la méthode de choix pour le diagnostic des lésions bénignes du col et du vagin; ectropions polypes, vaginites, etc...
L'expérience montre que la "petite" pathologie cervico-vaginale avec son cortège fonctionnel : leucorrhée, prurit, dyspareunie, et parfois saignement, constitue une part importante de la gynécologie. C'est elle qui conduit au spécialiste la majorité de ses patientes.
- b) L'intérêt de la colposcopie est de pouvoir résoudre ces problèmes quotidiens dans la presque totalité de ces cas et cela au cabinet même du praticien. On évite de nombreuses biopsies inutiles et traumatisantes sur le plan local et psychologique; mais de toute évidence en cas de doute l'examen histologique fournit l'information définitive.
- c) La colposcopie intervient, en outre, pour guider la thérapeutique. Il en est ainsi pour l'exérèse des polypes, l'électrocoagulation des ectropions que l'on pratique avec plus de précision sous contrôle colposcopique; de plus elle permet de juger de l'efficacité du traitement et de suivre les étapes vers la guérison. Ce point est à souligner car, on sait, l'importance du traitement correct de ces lésions bénignes, qui intervient dans l'action générale de la prophylaxie du cancer du col.
- d) Enfin la colposcopie rend des services dans le diagnostic des métrorragies notamment chez la femme enceinte; en localisant l'origine du saignement à l'étage cervico-vaginal, elle permet d'éliminer une cause obstétrical (menace de fausse couche, insertion basse du placenta etc...) ;

.../

elle évite ainsi nombre de mises au repos injustifiées et bien des dosages hormonaux inutiles.

IV - Essai de classification des aspects colposcopiques

L'étude des 3 880 cas étudiés et analysés a été grandement facilitée par l'emploi d'une classification des aspects colposcopiques, que nous avons adoptée en raison de sa simplicité et de son efficacité.

Nous avons longuement exposé les bases de cette répartition en 5 classes :

- la classe 1 répond aux cols et vagins sains :
éventualité rencontrée 1 fois sur 7.
- la classe 2 répond aux lésions bénignes reconnaissables comme telles au colposcope.
- la classe 3 groupe des lésions suspectes sans caractère colposcopique évoquant d'emblée une lésion bénigne ou un processus malin.
- La classe 4 (cancers très probables) et la classe 5 (cancers évidents) sont définies par l'association de la plupart ou de la totalité des caractères colposcopiques évocateurs de malignité.

V - Une telle classification facilite la confrontation cyto-colposcopique.

Nous pensons qu'elle peut être à la base d'une comparaison valable des publications colposcopiques et qu'elle est en mesure d'apporter des renseignements accessibles à tout praticien avec le maximum de clarté et d'efficacité.

Notre but serait atteint, si elle devait contribuer à une plus grande diffusion de la colposcopie.

Vu, le Président de Thèse :

Pr. J. VARANGOT.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- (1) BRET et COUPEZ : Colposcopie - 1 vol. Masson et C^{ie} édit.
et autres travaux.
- (2) D'ERNST : Le cancer non invasif du col utérin. Plaidoyer
en faveur de la Colposcopie -
Bul. G et O 60-1-1
- (3) GANSE : Zur Pathogenese des Portiokarzinoms und
Erleichterung seiner Frühdiagnose durch farbige
Kolpofotogramme - Akademie Verlag. Berlin 1955.

: Nouveaux aspect des vaisseaux dans le cancer
pré-invasif et invasif - Gebursth u. Frauenhk
1960 - 20 - 6
- (4) HINSELMANN : Aktuelle Probleme der praktischen und
wissenschaft-lichen Kolposcopie - Fischer édit;
Jena 1956. et autres travaux.
- (5) LIEVEAUX, CAMENEN : La place de la colposcopie en pra-
tique gynecologique - La Clinique, Juin 61 - 340
- (6) LIEVEAUX, DE BRUX : Les ectropions
Rev. du Prat. 58-19-2286
- (7) MAYER, LIEVEAUX : L'étiologie des leucorrhées en dehors
de la grossesse - G et O 61-1-12
- (8) MAYER, LIEVEAUX, CAMENEN : Ce qu'on doit attendre de la
colposcopie 1 vol Sandoz Edit. 1962
- (9) MESTWERDT : Atlas de Colposcopie - 1 vol Masson & C^{ie} édit.
- (10) PAPANICOLAOU : Atlas of Exfoliative Cytology - Harward
University Press, Cambridge, Mass. et autres
travaux.

- (II) RAYMOND : La Colposcopie et le dépistage du cancer du col utérin - Thèse de Toulouse 1957
- (I2) WESPI : La Colpophotographie Rev Fr G et O.60-I-I et autres travaux.

ANTOINE, BERGER, FUNK-BRENTANO, GRUNBERGER, PALMER, et bien d'autres Auteurs ont publié d'importants travaux sur la Colposcopie.

Des bibliographies très complètes, dans chacun des travaux mentionnés ci-dessus, en donnent les références.
